

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA  
ESTÁGIO OPTATIVO  
CARTA DE INTERESSE**

À Comissão de Residência Médica - COREME/ICEPi,

Eu, \_\_\_\_\_, matrícula N° \_\_\_\_\_,  
CPF N° \_\_\_\_\_, Registro Profissional N° \_\_\_\_\_, Médico Residente do Programa  
de Residência Médica em \_\_\_\_\_, venho por meio desta, requerer autorização para  
realização de Estágio Optativo.

<b>INSTITUIÇÃO DESTINO:</b>
<b>SERVIÇO:</b>
<b>JUSTIFICATIVA PARA REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO:</b>

**PERÍODO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Segue abaixo/anexo a relação de documentos exigidos pela Instituição onde pretendo realizar o Estágio Optativo, assim como os devidos contatos.

<b>E-mail:</b>	<b>Telefone: (    )</b>
<b>DOCUMENTOS EXIGIDOS:</b>	

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Município)

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo  
**Médico Residente**

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo  
**Preceptor do Programa de Residência  
Médica**

**TERMO DE APROVAÇÃO - ESTÁGIO OPTATIVO**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, Coordenador do  
Programa de Residência Médica em \_\_\_\_\_, aprovo a solicitação de realização de  
Estágio Optativo, conforme documento encaminhado pelo Médico Residente \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Município)

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo  
**Coordenador do Programa de Residência Médica**